

FORMA PM 3.15.1

Consentimiento Informado para Tratamiento con Medicamentos Psicotrópicos

Nombre de la Persona: _____

Yo, _____, he recibido información de mi
(Nombre impreso de Persona/Tutor/Otra persona responsable)

profesional médico, (*Doctor, Enfermera, o Asistente Médico*), sobre cada medicamento que aparece en la lista de abajo.

Por cada medicamento de la lista, se me ha dado la oportunidad de discutir con mi profesional médico lo siguiente:

- El diagnóstico y los síntomas para el medicamento recomendado
- El posible beneficios/resultados deseados del tratamiento y, si es aplicable, todos los procedimientos involucrados en el tratamiento propuesto.
- Los posibles riesgos y efectos secundarios
- Las posibles alternativas
- Las posibles consecuencias por no tomar el medicamento recomendado
- La posibilidad de que mi dosis de medicamento necesite un ajuste con el tiempo, en consulta con el profesional médico que me atiende
- Mi derecho a participar activamente en mi tratamiento y discutir mis inquietudes o dudas sobre los medicamentos con el profesional médico que me atiende
- Mi derecho a retirar mi consentimiento voluntario para medicamentos cuando quiera (a menos que el uso de los medicamentos en mi tratamiento sean exigidos por una Orden de la Corte o sean de un Plan Especial de Tratamiento)

- Entiendo la información que me dieron sobre el medicamento. Al firmar abajo estoy de acuerdo con el uso de cada medicamento. -

Medicamento	Firma del responsable Persona/Tutor/Otro	Nombre Impreso del Profesional Médico	Firma del Profesional Médico	Fecha